

HEARTLAND PROGRAMS APPLICATION

I understand that completing this form does not guarantee my child will be placed in Heartland Programs.

Yo comprendo que al completar esta forma no me garantiza que mi niño/a participará en Heartland Programs.

Child's Legal Name – Nombre Legal del Niño		Birthdate – Fecha de Nacimiento		<input type="checkbox"/> Male – Niño <input type="checkbox"/> Female – Niña		School District <i>Cuales el distrito escolar de su niño?</i>	
Mom/Guardian Name: Nombre de Mamá/Tutora				Dad/Guardian Name: Nombre de Papá/Tutor			
Address: Street – City – Zip: Dirección: Calle – Ciudad - Código				Address: Street – City – Zip: Dirección: Calle – Ciudad - Código			
Telephone Teléfono		Cell Celular		Birthdate Fecha de Nacimiento		Telephone Teléfono	
Name of mom/guardian's employer/school: Nombre de donde trabaja/escuela		Name of dad's/guardian's employer/school: Nombre de donde trabaja/escuela					
Work/school phone: Teléfono del trabajo/escuela		Primary language spoken: Idioma principal que habla		Work/school phone: Teléfono del trabajo/escuela		Primary language spoken: Idioma principal que habla	
What hours does mom/guardian work or attend school: Cual es el horario de trabajo o escuela?				What hours does dad/guardian work or attend school: Cual es el horario de trabajo o escuela?			
Number of members in immediate family? Numero de miembros en la familia		# of children in immediate family living in the home? # de niños en familia viviendo en casa		Ages of children: Edades de niños			
The child lives with: <input type="checkbox"/> Mom Mamá <input type="checkbox"/> Dad Papá <input type="checkbox"/> Both parents Los dos <input type="checkbox"/> Foster Parent(s) Padres Temporales <input type="checkbox"/> Grandparents Abuelos <input type="checkbox"/> Other Otro							
Has your child ever been evaluated/screened for: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Speech habla <input type="checkbox"/> Hearing oído <input type="checkbox"/> Behavior conducta <input type="checkbox"/> Motor Skills músculos <input type="checkbox"/> Other Otro							
Is your child currently receiving services from CKCIE (COOP), ICD or ITS? (Are they currently on an IEP or IFSP) Su niño esta recibiendo servicios de CKCIE (COOP) ICD (Su niño/a tiene un IEP ó IFSP?) <input type="checkbox"/> Yes Si <input type="checkbox"/> No							
Does your family receive services from any listed agencies? ¿Su familia recibe servicios de estas agencias? (Marque todas las que sean aplicables) Check all those that apply: <input type="checkbox"/> Health Department <input type="checkbox"/> Dept. of Children and Families (DCF) <input type="checkbox"/> Salina Housing Authority <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Family Preservation <input type="checkbox"/> Infant Child Development (ICD) – Saline or Ellsworth Counties <input type="checkbox"/> Healthy Families America (Dickinson Co. only) <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> Infant Toddler Services (ITS) – Dickinson Co. only <input type="checkbox"/> DVACK <input type="checkbox"/> Ashby House <input type="checkbox"/> Parents as Teachers (PAT) <input type="checkbox"/> Early Head Start or Head Start If yes, Family Consultant name: _____							
Does your family receive any of the following assistance? ¿Recibe su familia algunas de las siguientes asistencias? <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Cash Assistance <input type="checkbox"/> Child Care Assistance <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> SSI – Who? <input type="checkbox"/> Other: <i>Estampillas de comida Asistencia de dinero Asistencia de guardería Pensión para niños Quien Otro</i>							
Do you have transportation available to get your child to and from school (if applicable)? ¿Tiene transportación disponible para llevar y recoger a su niño/a de la escuela? <input type="checkbox"/> Yes Si <input type="checkbox"/> No							
<input type="checkbox"/> My family filed tax returns for the previous year. Mi familia declaro impuestos el año pasado				<input type="checkbox"/> My family did not file tax returns for the previous year. Mi familia no hizo la declaración de impuestos			

I understand this is a government program. All information given is correct. This is an application ONLY. It does not guarantee enrollment in the program. I also understand that I MUST keep Heartland Programs informed of any changes in address, phone number, work or school.

*Entiendo que este es un programa del gobierno. La información dada es correcta. Esta es SOLAMENTE una aplicación. No garantiza la inscripción de mi niño/a en el programa. **También entiendo que NECESITO informar a Heartland Programs de cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, trabajo o escuela.***

Signature – Firma _____

Date - Fecha _____